

**PARACOCCIDIOIDOMICOSE ANAL:
APRESENTAÇÃO INCOMUM DE DOENÇA
FÚNGICA**

Roberta Freitas Momenté,
Caio de Azevedo Pessanha,
Gabriela Leite de Camargo,
Clarissa Reis do Valle,
João Alberto de Sá Soares Bittencourt,
Anna Caryna Cabral, Marcio Neves Boia

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A paracoccidiodomicose (PCM) é uma micose sistêmica de maior prevalência na América Latina. É causada por fungos do gênero *Paracoccidioides* spp. A forma crônica é a de maior prevalência representado de 74-96% dos casos, sendo o pulmão o órgão mais acometido. Lesões anais são raras, acometendo apenas 1,3 a 2,4% dos casos.

Relato de caso: Paciente de 59 anos, sexo masculino, pardo, casado, natural do Rio de Janeiro e residente da área rural de Maricá-RJ, trabalhador de lavoura, refere contato com diversos animais, sem nenhum relato de acidente. Mora em região com água de poço, higiene precária com utilização de folhas de árvore para higienização anal. Histórico de lesão perianal com evolução aproximada de três anos, associada a dor intensa ao evacuar e caminhar. Nega sangramento ou drenagem de secreção no local da lesão, nega mudança de hábitos intestinais. Presença de múltiplas lesões planas em tronco. À inspeção anal visualizou-se lesão em quadrante lateral direito ulcerada e rosada, com fundo limpo. Exame digital com esfínter hipertônico. Foi realizada videocolonoscopia que demonstrou lesão ulcerada perianal e diverticulose de cólon esquerdo não complicada. Foi realizada biópsia da lesão, cujo resultado microscópico foi o de quadro morfológico compatível com paracoccidiodomicose associada a hiperplasia escamosa pseudoepiteliomatosa. As colorações pelo Grocott e PAS revelaram elementos redondos de tamanhos variados e figuras de gemulação múltipla. Realizada ressonância de pelve com contraste cujo resultado foi área de marcado sinal hipointenso, pósterio lateral distal no canal anal à direita, medindo cerca de 2,6 cm no maior eixo transversal. Nota-se pequena e discreta imagem linear, também hipointensa inferiormente a esta área, estendendo-se até a pele da prega interglútea deste lado não se podendo afastar trajeto fistuloso com atividade inflamatória. Paciente encontra-se atualmente em uso de sulfametoxazol/trimetoprima na dose de 800/160mg de 8/8h no décimo mês de tratamento com previsão de 12 meses. Melhora importante da lesão e cessação da dor.

Comentários: Lesões anais por paracoccidiodomicose são raras, sendo descritas em 1,3 a 2,4% dos casos. Sua patogênese não está claramente estabelecida, podendo ser secundária à doença disseminada ou primária. No caso demonstra ocorrência de PCM em canal anal que simula doença neoplásica, uma apresentação rara, mesmo em casos de regiões endêmicas.

Palavras-chave: Paracoccidiodomicose, Lesão anal, doença fúngica.

Conflitos de interesse: Não houve conflitos de interesse.

Ética e financiamentos: Não houve conflitos de interesse.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2024.104434>

**RELATO DE CASO: PARACOCCIDIOIDOMICOSE
NA FORMA JUVENIL SUBAGUDA COMPLICADA
EM SÍNDROME COLESTÁTICA**

Rafaela Galdino do Nascimento,
Izabela Stroligo de Souza,
Amanda Maria Milos Menuzier,
Pathrick Migueles Faé,
Guilherme Marins Lima Sousa,
Rachel Barcelos Gallas,
Ana Cecilia Sartori Ferruzzi,
Raphaella dos Santos Lima

Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

Introdução: A Paracoccidiodomicose (PCM), é uma micose endêmica na América Latina, sobretudo no Brasil. Tipicamente rural, atualmente ocorre também na zona urbana. Causa sintomas respiratórios e sistêmicos, como tosse, dispnéia, febre, sudorese noturna, perda de peso, astenia, lesões cutâneas, linfonomegalias e visceromegalias. O objetivo do relato é abordar um caso de PCM grave associado à síndrome colestática.

Relato: T.E.L.V, feminino, 26 anos, branca, natural e residente de Niterói, previamente hígida, estoquista em horti-fruti. Iniciou o quadro com astenia sem dispnéia. Posteriormente, evoluiu com dor intermitente em hipocôndrio direito e febre vespertina diária de 39 °C, associada a sudorese noturna, calafrios, perda ponderal, icterícia, acolia fecal, colúria, náuseas e vômitos amarelo-esverdeados. Passou por três hospitais, nos quais realizou exames de imagem inconclusivos, apesar de sugerirem linfonomegalia próximo ao hilo hepático. Foi transferida para o hospital de referência, onde realizou ecoendoscopia com biópsia linfonodal que diagnosticou PMC na Forma Juvenil Subaguda. Iniciou o tratamento com Cotrimoxazol EV, que causou pancitopenia, sendo substituído por Anfotericina B. Realizou-se CPRE, com instalação de stent plástico. A paciente, que já apresentava ascite, evoluiu com efeito compressivo da massa linfonodal necrótica, com necessidade de múltiplas paracenteses de alívio. Apesar de desnutrição grave e hipocalemia devido ao uso de diurético e Anfotericina B, substituída por Itraconazol, houve recuperação do peso, controle da ascite e dos distúrbios eletrolíticos. Mais tarde, foi submetida a nova CPRE para resolução completa da compressão extrínseca. Seguiu em acompanhamento pela infectologia, sob uso de Itraconazol e diurético. Atualmente, está em bom estado geral e sem sequelas.

Comentários: O quadro é compatível com a forma aguda/subaguda da PMC, com síndrome colestática e hipertensão portal por compressão extrínseca ocasionada pela linfonomegalia periportal. Nesta forma clínica, há grande